COPDの最新治療

聖マリアンナ医科大学呼吸器内科教授
峯　下　昌　道
（聞き手　池脇克則）

COPDに様々な配合剤が登場してきました。有効な使い方をご教示ください。
＜千葉県勤務医＞

池脇　COPDの治療ということで配合剤も含めて、吸入薬が増えてきて、この点を整理をしたいのと、最新の治療についてもうかがいたいと思います。

まずは状況について、日本はCOPDは少ないのではないかといわれていましたけれども、欧米並みに多いと考えてよろしいですか。

峯下　そのとおりです。以前の患者調査では少なかったのですが、肺機能的スクリーニングをかけると、日本には少なくとも潜在的に500万人以上の患者さんがいるといわれています。

池脇　スパイロメーターの普及で診断率も上がってきているという背景があるのでしょうか。

峯下　そのとおりだと思います。また厚生労働省の方針として、COPDの認知度を上げるという活動があります。たばこを吸う方で、咳や痰があって、息切れがある方は病院に行っていただいて、そこで肺機能検査を受ける。それが診断の大きなきっかけになるので大切なことだと思います。

池脇　そういう意味では、COPDでも比較的軽い方、あるいは日常生活を送るにも不自由されている方、いろいろ疾患の重症度の幅があると思うのですけれども、主には吸入剤を使った治療が主流なのですね。

峯下　そうですね。もちろん、禁煙がまず大事ですが、例えば動いたときだけ苦しいというような場合は短時間作用型の気管支拡張薬でもいいかと思いますし、日頃の生活に息切れを感じるようになった場合には長時間作用型の気管支拡張薬を入れていくことになります。

池脇　気管支拡張薬は吸入抗コリン薬とβ_2刺激薬、欧米ではだいたい同等

の扱いと聞いていますけれども、日本は抗コリン薬を優先するということですか。

峯下　COPDの場合の気管支拡張の作用は、吸入抗コリン薬が強いとされていますので、第一選択としては吸入抗コリン薬の長時間作用型から開始する。ただ、高齢の男性が多いので、排尿障害のある方とか、隅角閉塞型の緑内障には使いづらいので、そういった場合にはβ_2刺激薬の長時間作用型を入れていくことになります。

池脇　長年の喫煙がベースになったCOPDとなると、当然男性の方が多くて、高齢で発症するということは前立腺肥大もあると思わなければいけないという意味では、抗コリン薬にはやや使いにくい要素があって、そこにβ_2刺激薬の入ってくる余地があるということですね。

峯下　もちろん、これらを併用すると、さらに気管支拡張作用がありますので、最初に吸入抗コリン薬を入れたとして、もう一歩かなという場合にβ_2刺激薬を追加する。そうすることによって患者さんの生活の質が随分よくなるということです。

池脇　吸入薬の場合にはいかにしてきちんと吸ってもらうかが重要かと思いますが、エアゾールとドライパウダーでどういった違いがあるのでしょうか。

峯下　非常に大事なポイントだと思います。きちんと吸入できないと、どんなにいい薬も効果を上げられないので、最近は吸入薬の導入時に薬剤師の方にお願いして吸入指導をしていただきます。また患者さんの使いやすい剤形がありますので、押すと煙が出るものとか、吸うとカラカラ音が出てわかった感じがするとか、製剤の特色によって患者さんに合うものを選んでいただくのも大事だと思います。そして、きちんと吸えたかどうかを診察のたびに確認することも大事なことだと思います。

池脇　エアゾールとドライパウダー、多少の長所、短所はあるにせよ、きちんと使えば、どちらでも十分効くと考えてよいですか。

峯下　そう思っていただいてけっこうだと思います。

池脇　単剤の吸入薬で、ある程度管理できていたのが、病気が進行して両方使う必要がある場合に、一つ一つ吸入するのは、アドヒアランスから考えてもなかなか難しいという中で配合剤が出たのですね。

峯下　患者さんにとっても非常に便利で、１つの剤形でβ_2刺激薬と吸入抗コリン薬の両方を吸うことができるものが出ています。これは今、市販では２つの剤形がありますけれども、2015年中にもさらに１剤形出るということで、患者さんに合ったデバイスを使って吸入していただくといいと思います。

また、吸入ステロイドとβ_2刺激薬の合剤はすでに喘息で使用されていますが、特に最近話題になっているCOPDと喘息の合併症には、どうしても吸入ステロイドを入れざるを得ないということがあります。そういったことも頭に入れながら治療していくと、吸入抗コリン薬もβ_2刺激薬も吸入ステロイドもと、３つも吸うという方も出てきます。まだこの３つの合剤はないのですけれども、多分将来的には出てくると思います。

池脇　流れとしてはそれも一つの方法ですね。

峯下　そうですね。

池脇　今までの配合剤の使い方も含めて確認ですけれども、一時的なものであれば短期的な気管支拡張薬で対処していただいて、きちんと規則的に吸入する必要がでてきたら、最初は吸入抗コリン薬か、あるいはβ_2刺激薬で始めて、管理できなくなった場合には配合剤という流れですね。

峯下　そうですね。

池脇　一方で喘息合併例ではやはりステロイドも使っていくと、以前に比べるとだいぶ吸入薬の治療の幅ができているので、十分管理できる方は増えてはいると思うのですけれども、それでもなかなか限界があるということですか。

峯下　薬物以外にもリハビリ等の非薬物学的治療をしても限界がありまして、そういった中で、以前から肺気腫の強い方には肺容量減量手術というものがあります。一部の患者さんには効果はあるのですが、相当に侵襲度の高い手術です。この肺容量減量効果を気管支鏡を使って比較的低侵襲で行う治療も海外では研究されていて、日本でも2015年の夏ぐらいから臨床治験が始まる状況にやっとなってきました。

池脇　通常、内科的にだめであれば外科的な治療をというのが一般的だと思うのですけれども、例えば肺の中でもCOPDの変化が強いところと、そうではないところがあり、強いところを外科的に矯正しようという考えですか。

峯下　そのとおりです。例えば、上肺野だけに肺気腫があって、パンパンに拡大し、比較的保たれている中・下葉を押しつぶしている場合、拡大した上葉を縮小させる。そうすると、中・下葉に空気が入るようになって患者さんが楽になります。それを気管支鏡で実現するため、一方向弁の機能を持つバルブを気管支に挿入します。バルブにより末梢のほうから空気は出ていくけれども、入ってこない状況にしていくと、だんだんとその部分の肺が呼吸のたびにしぼんでいく。そうすることによって、手術で切ったのと同じような効果を出したいというのがまず一つの方法です。

池脇　目からうろこのような考え方ですが、どこでそれが始まったのでし

ょうか。

峯下　欧州や米国などで発想されて、もう10年以上たちます。ヨーロッパではCEマークを取っていて、アメリカではFDAトライアル中ということです。

ただ、先生がおっしゃったように、比較的肺気腫とか悪いところが限られている方で、無気肺がスムーズにできるようなCT上の特性がある方が適応になります。適応になる患者さんを選択しないといけないのですが、これはとても期待できる治療です。もし肺気腫の患者さんで内科的治療でお困りの方がいたら、こういった治療もあるとお声をかけていただければ、肺機能とCTの画像である程度スクリーニングできますし、患者さんにとってのチャンスができるかもしれないと思います。

池脇　手術となると、高齢のCOPDの患者さんでは負担が大きいですが、一方向性のバルブを挿入するだけで無気肺が人工的につくれることになれば、十分考える余地はありますね。

峯下　そうですね。人によってはすごく楽になります。歩くのもとても楽になったと感謝される患者さんを外国で見たことがありますので、そういう患者さんがいたらぜひ紹介いただければと思います。

池脇　この臨床治験が日本でもいい結果になって、より広くCOPDの患者さんに使える日が来るのを期待しています。ありがとうございました。